

Grundlagen zur Planung der Bundes- und Landesmodelleinrichtung geriatrische
Rehabilitationsklinik, Trier

Modernisierung der Altbaubereiche und ergänzender Neubauten
der stationären Altenhilfeeinrichtung St. Irminen, Trier

Köln 28.01.1991

Max von Rötzel

INHALT

1. Allgemeine Zielsetzung
2. Grundstück, städtebauliche und architektonische Zielvorstellungen
3. Modelleinrichtung einer geriatrischen Rehabilitationsklinik für die Region Trier
- 3.1 Übersicht über Größe und Gliederung
4. Wohn-/Pflegeeinrichtung als Ersatzbau für den Quertrakt St. Irminen als Einrichtung
- 4.1 Allgemeine Aufgabenstellung und Zielsetzung Allgemeines zu Raumfunktionen
- 4.2 Allgemeine Aufgabenstellung, Zielsetzung, Raumfunktionen
5. Allgemeines zu Raumfunktionen
6. Struktur der Gesamteinrichtung
7. Zentrale Funktionseinrichtungen
- 7.1 Allgemeines

1. Allgemeine Zielsetzung

Ausgeprägte Grundlagenarbeit und Erkenntnisse der allgemeinen Gerontologie haben in jüngster Vergangenheit zu grundlegenden Entwicklungen und Veränderungen sowohl in der stationären als auch in der teilstationären Altenhilfe geführt.

Neben den bekannten, mehr oder weniger traditionellen Hilfeangeboten, die wesentlich durch die Ereignisse und Entwicklungen unserer Nachkriegsgeschichte geprägt waren, wurde in zunehmenden Maße die Bedeutung der geriatrischen Klinik erkannt. War in der Vergangenheit der alte Mensch mit seiner altersbedingt zunehmenden defizitären Erscheinung das Leitbild und damit das als selbstverständlich hingenommene Angewiesensein auf fremde Hilfe maßgebend, so sind heute vor dem Hintergrund medizinischer Aspekte vielfältige Hilfen möglich, die dem von Immobilität und Abhängigkeit bedrohten älteren Menschen ein Höchstmaß an Selbständigkeit und die Chance auf ein eigenständiges Leben einräumen.

Mit der Einrichtung einer Fachklinik zur geriatrischen Rehabilitation wird in entscheidender Weise den Menschen entgegengekommen, denen in der Vergangenheit

aufgrund ihrer altersbedingten vielseitigen Leiden oft keine Alternativen zu den bestehenden Versorgungsformen Altenheim und Pflegeheim geboten wurde. Kostenintensive langfristige Rehabilitationsmaßnahmen, begleitet von besonderen Stabilisierungsprozessen und speziellem pflegerischen Aufwand, wurden oft in unzulänglicher, kostenintensiver Weise über Akutkrankenhäuser abgedeckt. Bei der sich vielfach aufgrund nicht absolut übertragbarer medizinischer Ansätze schnell einstellenden Erfolglosigkeit in der Rehabilitation älterer Menschen wurde eine solche Behandlung mit der Diagnose der Pflegebedürftigkeit beendet und in der Folge die Einweisung in die dafür bereitstehenden spezialisierten Versorgungseinrichtungen verfügt.

Lange spezifische Krankheitsverläufe, begleitet von Multimorbidität und einer durch das Alter bedingten eingeschränkten Widerstandsfähigkeit, kennzeichnen hier einen wesentlichen Unterschied zu Krankheitsverläufen jüngerer Menschen. Eine auf die Bedürfnisse alter kranker Menschen abgestimmte Maßnahme kann somit nur bedingt das allgemein gültige Akutkrankenhaus sein, wobei hier in erster Linie die aufgrund der technischen Voraussetzungen besseren Möglichkeiten einer präziseren Diagnose zu nennen sind. Die **geriatrische Rehabilitationsklinik** mit ihren verlagerten Schwerpunkten im Bereich der Langzeitbehandlung und Therapie schließt somit sinnvoll die bestehende Versorgungslücke zwischen Akutkrankenhaus und Pflegeheim mit der Zielsetzung,

- dem altersbedingt erkrankten älteren Menschen eine Chance zur Wiedereingliederung und Stabilisierung bzw. Wiedererlangung der Selbständigkeit zu ermöglichen,
- Pflegeheime und Akutkrankenhäuser als spezialisierte Einrichtung zu entlasten,
- Fehleinweisungen zu vermeiden und
- die Kosten im Gesundheitswesen, insbesondere durch die Entlastung der Akutkrankenhäuser im Bereich der stationären Versorgung, zu senken und die Wirtschaftlichkeit und die bedarfsgerechte Auslastung dieser Häuser durch Einbezug der diagnostischen und weiteren spezialisierten Möglichkeiten zu erhöhen.

Neben den diesen Text begleitenden Aussagen im Gutachten Dr. van den Bergs, u.a. zum speziellen Bedarf für die Region Trier, kann insbesondere für den Kreis Trier-Saarburg und darüber hinaus ein bestehender bzw. anwachsender Versorgungsbedarf aus dem ländlichen Raum beobachtet werden. Steigende Zahlen, und damit verbunden

auch die Krankheitshäufigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit hinzukommend, der Vielzahl der Menschen, die im Alter allein leben müssen, rechtfertigen und billigen jetzt und in Zukunft diesen anstehenden Problemen entgegenwirkende Maßnahmen.

Sowohl die Vielschichtigkeit der Bedürfnisse und die Notwendigkeit, über ein Angebotsspektrum die Effizienz und die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen zu sichern, ist geplant, neben der Klinik zur geriatrischen Rehabilitation eine **geriatrische Tagesklinik** zu integrieren. In abgestimmtem Zahlenverhältnis sollen diese sich ergänzenden Angebote den regionalen Schwerpunkt der Maßnahme bestimmen.

Im Bereich der stationären Altenhilfe werden von den Vereinigten Hospizien derzeit etwa 440 Plätze in Altenhilfeeinrichtungen betreut und bewirtschaftet. Neben dem durch die geriatrische Rehabilitationsklinik mit integrierter Tagesklinik liegenden, durch Neubau zu ersetzenden Quertrakt und dem anschließenden so genannten "Moselbau" (Barocktrakt) von St. Irminen, ergibt sich ein insgesamt leistungsfähiges Angebot der stationären und teilstationären Altenhilfe, mit dem, ergänzt um einen neu zu schaffenden zentralen Funktionsbereich, optimale wirtschaftliche Voraussetzungen gegeben sind.

Der ursprüngliche Gedanke, ein stationäres Hospiz der Gesamtanlage anzugliedern, wurde zugunsten eines **ambulanten Hospiz-Teams** aufgegeben.

Wesentlicher Grundgedanke zur Einrichtung dieser Dienstleistung war, im Gegensatz zu stationären Einrichtungen mit einem vergrößerten Aktionsradius auch die Menschen zu betreuen und zu versorgen, die in anderen Einrichtungen leben und denen vor dem Hintergrund der schwerwiegenden Folgen, die mit einem Umzug verbunden sind, dies nicht zugemutet werden kann.

Ein weiterer Grundgedanke für die Einrichtung dieser ambulant arbeitenden Teams ist in der Erkenntnis zu suchen, dass viele Häuser der Altenhilfe, insbesondere aber moderne Krankenhäuser nicht oder nur unzureichend auf die Betreuung Sterbender eingerichtet sind.

Die Notwendigkeit, eine derartige Einrichtung zu betreiben soll jedoch auch auf die Mehrzahl der zu Hause im Kreis der Angehörigen lebenden Menschen ausgedehnt werden, die diese Umgebung nicht verlassen wollen.

Zum ambulanten Hospizkonzept gehören:

- das ambulante Hospizteam,
- ehrenamtliche Mitarbeiter (Hospizhelfer),
- Ausbildungsprogramme für Fachkräfte und Laien,
- Förderung von Initiativen in der Bevölkerung wie Gesprächskreise, Selbsthilfegruppen etc. und
- Öffentlichkeitsarbeit.

Eine Zusammenarbeit mit den Kräften zukünftiger stationärer Einrichtungen ist gewährleistet. In enger Zusammenarbeit mit Angehörigen, Hausarzt und den ambulanten Pflegediensten sollen sterbende Menschen zu Hause betreut werden. Angehörige werden durch gezielte Schulung in der Verrichtung von Pflegediensten eingearbeitet, um die Furcht vor der häuslichen Versorgung mit abbauen zu helfen. Konziliarärzte, speziell im Falle der Schmerztherapie, stellen ihr Spezialwissen zur Verfügung.

Ehrenamtliche Mitarbeiter, so genannte Hospizhelfer, unterstützen nach sorgfältiger Auswahl und Ausbildung die Hospizarbeit.

Wohn-/Pflegeeinrichtungen, wie sie heute als Ersatzbau für den so genannten Quertrakt zu planen sind, wurden in der jüngeren Vergangenheit ebenfalls unter starken, an Defiziten ausgerichteten Gesichtspunkten geplant. Ähnlich wie eine wenig spezifische, teurere und damit uneffiziente medizinische Versorgung in allgemeinen Akutkrankenhäusern erfolgen musste, so wurde auch in der stationären Wohnversorgung eine Orientierung am Leitbild Krankenhaus gesucht.

Die heute vorherrschende Verständnisbasis bejaht ein weitestgehendes **selbständiges Wohnen**, auch im Pflegebereich. Das Spektrum der Hilfeleistungen und Lebenssicherungen sollte von minimalen Dienstleistungen bis hin zur intensiveren Pflege reichen, wobei nicht festgelegte Normen die Ausrichtung bestimmen, sondern die tatsächlichen Bedürfnisse der Bewohner. Auf diesen Basiserkenntnissen aufbauend sollte mit dem Neubau des Quertraktes ein Heimkonzept realisiert werden, wo in modellhafter Weise das **Wohnen im Alter** seine Entsprechung findet. Neben dieser Primärforderung für diesen Bereich zählt die Verknüpfung und sinnvolle Überschneidung mit der Rehabilitationsklinik, ohne die Eigenständigkeit der jeweiligen Bereiche zu beeinträchtigen, mit zu den Maßnahmen, die die angestrebte **Modellhaftigkeit** unterstreichen. Für den Bereich des Wohnens ist eine Form zu finden,

die nicht mehr als spezialisierte Maßnahme der Altenhilfe zu verstehen ist. Gemeint ist nicht die mehr oder weniger quantitative Reaktion auf die stetig steigende Zahl der Betreuungs- und Pflegebedürftigen, wie altersbedingt verwirrte Menschen, deren Bedürfnisse in der Vergangenheit mit unterschiedlichen baulichen Konzepten abgedeckt wurden.

Es sollte ein Heimkonzept realisiert werden, das für alle zukünftigen Bewohner auf gemeinsamen Grundsätzen aufbauend einen qualitätvollen Lebensraum bietet, der alle Bedürfnisse abdeckt und ein Umziehen innerhalb und außerhalb dieses oft letzten Lebensraumes ausschließt.

Die Leistungsfähigkeit besteht neben dem Abdecken der Wohn- und Pflegebedürfnisse in gleichem Maße in der Entsprechung der sozialen Betreuungsbedürftigkeit. Das Bedürfnis nach sozialer Betreuung und sozialen Kontakten sollte dem Bedürfnis nach einer rein pflegerischen Versorgung gleichwertig gegenüber stehen.

Neben diesen aus Bewohnersicht zu verstehenden Kriterien sind andererseits hierauf abgestimmte Betriebskonzepte und Personalstrukturen zu schaffen, die es im Einklang mit der Gesamtanlage ermöglichen, diese Prioritäten zu sichern und nicht die Bewohnerbedürfnisse der Gesamtbetriebsorganisation unterzuordnen.

Mit dem Neubau des Quertraktes St. Irminen in Verbindung mit der bestehenden Einrichtung und der Rehabilitationsklinik soll zukünftig ein Modell entstehen, mit dem neue Wege für Leben und Arbeiten in allen hier ausgewiesenen Bereichen der Altenhilfe aufgezeigt werden. Die angestrebte Modellhaftigkeit der geriatrischen Rehaklinik bezieht sich u.a. auch auf die Frage zur Wirtschaftlichkeit und Effizienz. Die vier unmittelbar oder nahe benachbarten Trierer Krankenhäuser, Mutterhaus, Elisabeth-Krankenhaus, Herz-Jesu-Krankenhaus und Bruderkrankenhaus bieten mit ihren spezialisierten Angeboten ein ausreichendes Spektrum im Bereich der notwendigen ergänzenden Maßnahmen und sichern damit gegebenenfalls, für den Bereich der Rehaklinik, einen Teil der erforderlichen Leistungsfähigkeit. Eine weitere Garantie zur Absicherung einer wirtschaftlichen und arbeitseffizienten Betriebsführung ist durch den gleichzeitig mit zu errichtenden Wohn-/Pflegebereich, Quertrakt, gegeben. Ergänzt wird die Maßnahme durch den, um den insgesamt in seinen Standards anzuhebenden und zu modernisierenden Moseltrakt (Barockbau). Mit dem integrierten Neubau und den zentralen Funktionseinrichtungen sind entscheidende Voraussetzungen für die langfristige Wirtschaftlichkeit aus betrieblicher Sicht gegeben. Der durch die Modernisierungsmaßnahmen gegebene Verlust an Wohn-/Pflegeplätzen wird durch ergänzende Neubaumaßnahmen aufgefangen.

Es ist geplant, teurere und aufwendige Einrichtungen wie:

- Küche,
- zentraler Personalbereich,
- Wäscherei und
- Verwaltung sowie Leitung

der Gesamteinheit zuzuordnen und zusammenzufassen. Teilbereiche, die schwerpunktartig in den jeweiligen Häusern und Bereichen angesiedelt sind, werden mitgenutzt, um auch eine möglichst hohe Auslastung zu sichern.

Sowohl die über das medizinisch-therapeutische Angebot hinausgehenden Leistungen mit dem sich zwangsläufig ergebenden Öffnungscharakter, die modellhafte Integration von Wohn-/Pflegeangeboten und die teilstationären Maßnahmen enthalten ein hohes Maß an belebenden und aktivierenden Elementen, die die Gefahr der Gettoisierung durch eine hohe nutzungsspezifische Verdichtung nicht aufkommen lassen sollten. Ein bei dieser Betrachtungsweise nicht übersehbarer Vorzug sind die Standortvorteile durch die Lage in der Innenstadt Triers. Hiermit sind Grundvoraussetzungen für den Betrieb und die gesteckten Ziele gegeben, die von besonderer Bedeutung sind.

2. Grundstück, städtebauliche und architektonische Zielvorstellungen

Die bestehende Einrichtung und das verfügbare Gelände liegt etwa 500 - 600 m westlich vom Innenstadtkern Triers entfernt, am parallel zur Mosel verlaufenden Krahnenufer. Nach Osten begrenzen die Windmühlenstraße, nach Süden die Krahnstraße und nach Norden die Böhmerstraße das Grundstück.

Eine derzeit offensichtlich untergeordnete Erschließung ist von Norden über die Böhmerstraße und den vorgelagerten, baumbestandenen Platz gegeben. Hier unmittelbar zugeordnete Gebäude sind die um den Innenhof angesiedelten Gebäude Schwesternwohntrakt und Eingangsriegel, die Kirche St. Irminen, der Quertrakt und der Moseltrakt vom Stift St. Irminen. Darüber hinaus ist von hier fußläufig das Krankenhaus und die Altenwohnanlage des Jakobusstifts zu erreichen.

Eine Haupteinschließung entstand mit dem ehemaligen Krankenhaus von der Windmühlenstraße im Osten. Von hier haben auch Fahrzeuge die Möglichkeit der Zufahrt zu den im östlichen Grundstücksbereich und den angebotenen Parkplätzen. Die Küchenanlieferung erfolgt vom Krahnenufer. Der Zugang, auch für Lkw-Verkehr ausgelegt, vom Krahnenufer im Westen, wird bedingt durch die hier gegebenen hohen Verkehrsfrequenzen derzeit kritisch gesehen.

Die bestehenden Gebäude sind nur im Bereich der zu planenden Baumaßnahmen bezogen auf den Quertrakt, die Küche und das alte Krankenhaus abgängig, alle anderen Gebäude sind in ihrer Nutzung festgelegt bzw., bedingt durch die Auflagen des Denkmalschutzes, zu schonen. Desgleichen sind Freibereiche und Bereiche mit wertvollen, teilweise alten Baumbeständen als bebaubare Flächen auszuklammern. Bodenarchäologische Bestände sind in fast allen Grundstücksbereichen anzutreffen, sind teilweise eruiert und kartographisch festgelegt. Eine Bebauung im Bereich der jetzigen für den Abbruch bestimmten Gebäude dürfte jedoch trotz wahrscheinlich vorhandener Bodenarchäologie keine erschwerten Probleme machen, da diese Grundstücksbereiche für eine Bebauung wieder verwendet werden. Im Zuge der Neubauplanung sollten jedoch umfangreiche, in jüngster Vergangenheit angelegte unterirdische Versorgungssysteme, Beachtung finden.

Das insgesamt 75.000 m² große Gelände ist als eben zu bezeichnen. Die Ver- und Entsorgung des Grundstücks könnte, wie vorhanden, belassen bleiben, sollte jedoch im Rahmen der Planung überdacht und neu, eventuell zugunsten geeigneterer Lösungen im Rahmen einer Gesamtüberplanung, festgelegt werden. Die technischen Vorgaben zur Ver- und Entsorgung sind:

- a.) die bestehende zentrale Heizungsanlage,
- b.) die Versorgungsgangsysteme auf dem Grundstück und
- c.) die vorhandenen stadttechnischen Medientrassen.

Bei der Planung der Gebäude Klinik und Pflegebereich St. Irminen sind die baudenkmalschützerischen Belange des Bestandes zu berücksichtigen. Die Gebäude Quertrakt, Küche und Krankenhaus könnten zugunsten der Neubaumaßnahme abgerissen werden. Maßgebend für die Bebauung ist eine angestrebte Reaktivierung der ehemaligen Hauptzugänge in ihrer für das Stift historischen Bedeutung. Weiterhin maßgebend für die Neubebauung sollte ein Weiterführen der vorhandenen Baustruktur sein. Die Dominanz der Kirche und des Moseltraktes ist zu wahren, wobei

die Traufhöhe des Moseltraktes bezogen auf OKFF dieses Gebäudes bei ca. 10 m, die Firsthöhe bei ca. 18,8 m liegt.

Aus betriebsorganisatorischen Gründen ist eine weitestgehende Anbindung des neuen Wohn-/Pflegetraktes an den bestehenden Moseltrakt notwendig. Es wird vorgeschlagen, für den Neubaubereich des Quertraktes weitestgehend die gleiche Struktur und Ausrichtung der heutigen Gebäude beizubehalten.

Folgende Argumente sprechen für diesen entscheidenden Planungsansatz:

1. die Vorstellung den historischen Teil über den attraktiven Vorplatz und über den Innenhof zu reaktivieren,
2. die Konzentration der stationären Wohn-/Pflegebereiche an einer Stelle, orientiert zum Innenhof und den bedeutenden Außenbereichen,
3. die Küche zentral zu den Gebäudekomplexen Klinik und Wohn-/Pflegeteil möglichst im Schwerpunkt anzuordnen und
4. keine bodenarchäologischen Eingriffe und damit evtl. verbundene Kosten und Zeitverzögerungen zu provozieren.

Die beschützende, ruhige Atmosphäre des Innenhofes sollte zukünftig die Attraktivität der Einrichtung unterstreichen und als Ort des Verweilens, der Begegnung, des Kommens und Gehens sowie als Bindeglied zwischen Innen und Außen aktiviert werden. Eine zusätzliche, separate Zugänglichkeit des Klinikbereiches ist notwendig, um den in seiner Bestimmung als Wohnort definierten Wohn-/Pflegebereich nicht unnötig störend mit einer gegebenenfalls unerwünschten Öffentlichkeit zu belasten. Die Entfernung zu öffentlichen Verkehrsmitteln, wie zum Hauptbahnhof, beträgt ca. 500 m, zu den Buslinien ebenfalls ca. 500 m, so dass ein problemloses Erreichen der Einrichtung jederzeit möglich ist.

Flachdachkonstruktionen sind ausdrücklich und unter Berücksichtigung der denkmalschützerischen Belange, unerwünscht. Die Dachneigungen sollten sich gegebenenfalls an der umgebenden älteren Bebauung orientieren bzw. als flachgeneigte Dächer ausgeführt werden.

3. Modelleinrichtung einer geriatrischen Rehabilitationsklinik für die Region Trier

3.1 Übersicht über Größe und Gliederung der geriatrische Rehabilitationsklinik

Es wird im Gegensatz zum Wohn-/Pflegebereich von einem geringeren Einpersonenraumanteil ausgegangen, gewählt wurde ein Anteil von 50% = ca. 45 Patienten.

Der Bereich der Tagesklinik ist auf eine Kapazität von 20 Personen täglich ausgelegt.

Die Einrichtung gliedert sich in drei Stationen (Ebenen) mit für 90 Patienten. Je Station, oder Versorgungsbereich ist eine ablesbare Untergliederung in zwei Patientengruppen vorzusehen. Die Unterteilung findet ihren Ausdruck in dem dieser Patientengruppe zugeordneten Aufenthalts- bzw. Wohnbereich.

4. Wohn-/Pflegeeinrichtung als Ersatzbau für Quertrakt St. Irminen

4.1 Allgemeine Aufgabenstellung, Zielsetzung, Raumfunktionen

Die Vereinigten Hospizien planen im Verbund mit den Neubaumaßnahmen der Rehabilitationsklinik, der Tagesklinik und den neu zu erstellenden zentralen Funktionseinrichtungen auf dem Grundstück Krahnenufer den Neubau einer Wohn-/Pflegeeinrichtung mit Tagesbetreuung für ältere Bürger der Stadt Trier.

Im Zusammenhang mit den weiteren, einen funktionellen Mittelpunkt bildenden Neubaumaßnahmen, soll mit diesem integrierten Haus eine bedarfsgerechte Platzkapazität für kurz- und langfristige Betreuung im organisatorischen Verbund mit den übrigen Einrichtungen geschaffen werden.

Bedingt durch die Gesamtgrößenordnung der geplanten Anlage und das Bestreben, infrastrukturelle Angebote optimal nutzen zu können, soll dieser Bereich des Hauses durch teilstationäre Angebote ergänzt werden.

Der Tagesbetreuungsbereich für psychisch hilfsbedürftige alte Menschen, die in der Einrichtung leben oder von außerhalb als Gäste hinzukommen sowie ein zusätzliches

Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen, integriert in die Gesamteinrichtung, ergänzen das Programm des geplanten Altenzentrums.

Der Entscheidung zum Abriss und Neubau wurden Untersuchungen und Gespräche in teilweise größerem Kreis zugrunde gelegt. Hier aufgezeigt einige wesentliche Kriterien als Ergebnis der vorangegangenen Überlegungen:

- Die Einheiten und Kapazitäten des Quertraktes sind zu klein, um eine sinnvolle Personalorganisation zu ermöglichen. Diese Einheiten würden nach einer Modernisierung eine Größenordnung erreichen, die eine Investition aufgrund der sich zwangsläufig einstellenden Unwirtschaftlichkeit nicht mehr rechtfertigen würden.
- Gebäudealter und Gebäudestruktur erfordern unabhängig von den vorgenannten Argumenten derart hohe und kostenintensive Eingriffe, dass auch hierdurch eine Investitionsmaßnahme wirtschaftlich nicht zu vertreten wäre.
- Selbst geringere, eventuell wirtschaftlich weniger riskante Investitionen im Bereich des Quertraktes würden zu einem längerfristigen Fortschreiben der heute nicht mehr zu vertretenden Arbeits- und Wohnsituation führen.
- Eine Verknüpfung und Anbindung an neu zu errichtende Maßnahmen erfordert auch für diesen Bereich einen Neubau, der gleichzeitig die Probleme der Verbindung mit dem Moseltrakt lösen sollte.

Das Ziel der Planung sollte sein, ein zukunftsorientiertes Haus innerhalb des Gesamtkonzeptes zu entwickeln.

Im Rahmen umfangreicher, auf das Projekt bezogener Beratungen und Grundlagenarbeit zum Projekt, wurden die baulichen und organisatorischen Vorschläge erarbeitet, die Bestandteil dieses Programms sind. Im Vordergrund stand dabei im wesentlichen eine Verbesserung der Situation im Pflegebereich, ausgehend davon, dass die Lebenssituation der Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe besonders verbesserungsbedürftig erscheint. Wesentliche Zielsetzung hieraus war, Alternativen zu den sich wandelnden Aufgaben der institutionellen Wohnversorgung pflegebedürftiger alter Menschen zu entwickeln. Im Vordergrund steht somit eine Verbesserung der

Lebenssituation der Bewohner bei gleichzeitiger Verbesserung der Arbeitsplatzgestaltung für das Personal.

Diese Ziele resultieren insgesamt sowohl aus der baulichen wie auch aus einer organisatorischen Verbesserung der gesamten Heimsituation für das Zentrum St. Irminen. Der zu planenden menschenwürdigen Lösung sind jedoch wirtschaftliche Aspekte zugrunde zu legen, die auch langfristig dem Bedürfnis der Bewohner nach einem sinnvoll empfundenen Leben nicht entgegenstehen, wobei hier der Grad der Pflegebedürftigkeit oder die Behinderung keinen Maßstab bilden.

Die Realität in vielen Heimen ist oft, dass fälschlicherweise – begründet durch die zitierte Behinderung – defizitäre Modelle entstehen und mit technischer Organisation reagiert wird. Die Folgen dieser primär funktionalen Abläufe sind Isolation und Verstärkung der negativen Lebenssituation. Das typische Erscheinungsbild von nicht unbedingt nur älteren Einrichtungen in ihrer Anlehnung an bekannte Krankenhausmodelle ist, ähnlich wie in dem in den 70er Jahren ausgebauten Gebäude des Moseltraktes, eine stereotype Flurführung, relativ repräsentative Hallen ohne besondere persönliche Atmosphäre, hinzukommend eine insgesamt repräsentative Technik, die das Angewiesensein auf Hilfe nach außen ablesbar macht.

Die Konzentration auf die Lebensbedürfnisse der Bewohner und der Zwang zur wirtschaftlichen Betreibung erfordern eine Vergrößerung des räumlichen Angebotes für die individuelle Lebensgestaltung durch und für den Bewohner. Den sozialen Kontakten innerhalb und außerhalb des Zentrums ist ebenso Sorge zu tragen, wie den sinnvollen Aktivitäten wie Arbeit und Freizeit. Als erste Forderung hieraus gilt es, ausreichende räumliche Angebote in den unmittelbar dem Bewohner zugeordneten Bereichen zu schaffen. Wesentlich ist, dass mit dem zu planenden Neubau des Quertraktes eine entscheidende Abkehr von traditionellen krankenhaushähnlichen Modellen erreicht wird, d.h. in erster Linie soll eine Betreuung und Versorgung bei gleichzeitig hohem Wohnwert erreicht werden.

Die Öffnung der Institution, schon allein gegeben durch den Betrieb der Klinik und Tagesklinik, der Kontakt mit jungen und alten Menschen, soll als weitere Zielsetzung der sozialen Isolation der Bewohner entgegenwirken, da in aller Regel diese Schwelle vom Pflegeheimbewohner nicht überwunden werden kann. Eine weitere, zur Verbesserung der Pflegeheimsituation beitragende Forderung wäre ein verändertes

Betreuungskonzept durch eine geeignete Personalorganisation und entsprechende Arbeitsplatzgestaltung.

Gegenüber der bekannten und undifferenzierten Vollversorgung sollte Hilfe zur Selbsthilfe im Vordergrund stehen. Eine Betreuung im sozialen Bereich und die Unterstützung der Bewohneraktivitäten stehen vor rein pflegerischen Abläufen. D.h., die Aufgabenerweiterung und Bereicherung der personellen Aktivitäten bedingen größere Handlungsspielräume und auch größere Handlungsspielräume des Bewohners.

Das zu realisierende Konzept, durch ein abgestuftes Programm den Bedürfnissen der älteren Menschen angepasst, lautet, den betreuungsbedürftigen Menschen, soweit als erforderlich die Hilfe zukommen zu lassen, dass keine zwangsläufigen Umzüge innerhalb der Einrichtung vor dem Hintergrund des damit oft verbundenen Verlustes an sozialen Kontakten, erforderlich werden.

Programmatische Konsequenzen daraus sind:

- Funktionsbereicherung des Pflegebereiches durch leistungsfähige Gemeinschaftsbereiche, in denen vielfältige Aktivitäten möglich sind,
- Erhöhung der Bewohnerselbständigkeit durch Eigenmöblierung, ausreichende Sanitärausstattung und Gestaltung der Individual- und Gemeinschaftsbereiche und
- Bildung von Personaleinheiten, die genügend groß sind, um eine gewisse Autonomie in der Aufgabenorganisation zu ermöglichen, gleichzeitig um das Pflege- und Betreuungsrisiko bei üblichen Personalschlüsseln so klein wie möglich zu halten.

Diese drei genannten Konsequenzen sind als Ganzes zu sehen, ein Herauslösen und Verdichten ausschließlich einzelner Punkte ist nicht möglich.

Eine differenzierte, abgestufte Raumfolge mit unterschiedlichem Maß an Privatheit und Gemeinschaft sollte Grundlage für die Planungsbearbeitung sein, mit dem Resultat, gleichzeitig den Wohncharakter des Pflegebereiches und einen qualitätvolleren Arbeitsplatz zu erreichen.

Wesentliches Gliederungsprinzip ist die Bildung von Betreuungs- und Pflegewohngruppen bei gleichzeitiger Wahrung der Privatheit und Rückzugsmöglichkeiten. Freiwillige und unverbindliche Kontaktaufnahme der Bewohner untereinander wird durch eine ablesbare Gruppenbildung ermöglicht. Die Pflegewohngruppengrößen sollten den entwurflichen Gegebenheiten folgend ca. 10 Personen umfassen. Die Betreuungseinheit ist gruppenübergreifend und wird bestimmt durch die Personalsituation. Das Pflegepersonal einer Betreuungseinheit sollte ausreichen für eine relativ selbständige Organisation der Betreuungsaufgaben.

Zwischen dem Individualbereich und dem öffentlichen (zentralen) Bereich müssen eine Reihe von Gemeinschaftsbereichen vorhanden sein, die einen unterschiedlichen Grad an Privatheit bzw. Öffentlichkeit haben. Die kleinste räumliche Gliederung ist die erwähnte Pflegewohngruppe von ca. 10 Bewohnern. Die Größe der personalbezogenen Betreuungseinheiten sollte mit Ausnahme der Kurzzeitpflege bei 30 Bewohnern liegen.

Die Gliederung und Gestaltung des Wohnpflegebereichs sollte gegebenenfalls so flexibel sein, dass sich unterschiedliche Formen des sozialen Kontaktes und der Betreuung verwirklichen lassen.

Als kostensenkend ist ein System von Maßnahmen anzusehen, die wesentlicher Planungsbestand sein sollten. Großzügig bemessene und multifunktional nutzbare Raumbereiche, die einen geringeren Perfektionsgrad in der Ausstattung bei gleichzeitiger Erhöhung des Nutzungsspielraumes erlauben, sind z.B. für

den Pflegewohnraum

- eine Verringerung der Ausstattungsichte,
- weniger Einbauelemente,
- die Möglichkeit zum Aufstellen eigener Möbel
- und wird durch eine einfachere Fassadengestaltung abgeschlossen,

die Flurzonen

- erfahren durch Nutzungsmischung – Erzeugung von sekundärem Wohnraum, Verringerung des Verkehrsflächenanteils, der nur Verkehrszwecken dient – eine

gewünschte Anreicherung und Attraktivität, die dem älteren Menschen mit seinem oft reduzierten Aktionsradius entgegenkommt,

die Gemeinschaftsbereiche

- sollten die Möglichkeit einer flexiblen Gestaltung beinhalten,
- sollten des Weiteren einen größeren Spielraum für Eigengestaltung ermöglichen
- und weniger Spezialausstattung enthalten,

die zentralen Bereiche

- werden weniger aufwendig ausgestattet. Auf eine repräsentative Eingangshalle wird verzichtet,

die Individualbäder

- sind weitestgehend behindertengerecht bzw. altengerecht ausgestattet.

Eine Verbesserung der Arbeitsplatzkapazität wird durch

- das Angebot von Arbeitsbereichen, die zur Gestaltung anregen und vielfältige Aktivitäten für Bewohner, bzw. mit den Bewohnern erlauben, erreicht.
- Eine Autonomie dieses Hauses und organisatorische Abgrenzung gegen die Rehaklinik muss durch personelle Maßnahmen und entsprechende räumliche Angebote garantiert sein.

Für die Gesamteinrichtung soll die Raumfolge aus folgenden Bereichen bestehen:

- privater Individualbereich (Wohn-/Schlafraum),
- Wohngruppenbereich, geprägt durch vertraute soziale Kontakte,
- Abteilungsbereich, als Mischung aus abteilungsinternen Kontakten und Öffentlichkeit und
- zentraler Bereich mit anonym-öffentlichem Charakter.

Um den Übergang zwischen dem Wohn-/Schlafraum und den Gemeinschaftsbereichen zu erleichtern können weitere räumliche Gliederungen notwendig werden, wie z.B. ein

ausgezontes Eingangsareal für die Wohn-/Schlafräume als "Puffer" zwischen individuellem Wohnen und Gruppenbereichen. Die Einheiten für 2 Personen sind möglichst gleichwertig auf die Gruppen bzw. Abteilungen zu verteilen.

Doppel- oder Mehrfachbehinderungen kennzeichnen oft das Erscheinungsbild der Bewohner, wobei hier dem psychisch hilfsbedürftigen alten Menschen mit besonderer Planungssorgfalt entgegengekommen werden sollte. Unverwechselbares Design der Flure und Räume, differenzierte Nutzungen und Möblierungen sind wichtige **Orientierungshilfen** für das Leben in einem Wohnhaus für alte Menschen.

Die Wohn-/Schlafräume sind als Ein- und nur wenige Räume als Zweipersonenzimmer konzipiert. Nicht allein, um den Bedürfnissen nach Individualität und Privatheit im Pflegebereich gerecht zu werden, sondern auch die Erkenntnisse aus der gerontopsychiatrischen Wohnversorgung bedingen einen mindestens 80%igen Einpersonenraumanteil, der als feste Größenordnung eingeplant wird.

Auch in den Räumen für zwei Personen sollte für jeden Bewohner eine eigene private Zone definiert werden, so dass auch hier die Möglichkeit besteht, persönliche Dinge und Möbel mitzubringen. D.h. bei Mehrfachbelegung von Räumen ist der Grundriss so zu konzipieren, dass Abgrenzungen zwischen den persönlichen Bereichen möglich sind und ein eindeutiges Identifizieren der privaten Zone erreicht wird. Wahlweise sind zwei Einpersonenräume zu einer Zweiereinheit zu verbinden.

Eine weitere wesentliche Planungsgrundlage ist, dass der größte Teil der Bewohner nicht bzw. nicht immer bettlägerig ist. Neben den geforderten, entsprechend den Bedürfnissen dimensionierten Tages- und Wohnbereichen, die von besonders wohnlicher Atmosphäre geprägt sein sollten, werden Individualbereiche nicht ausschließlich als Pflegeraum genutzt, sondern dienen tagsüber als Wohnraum. Die Aufstellung der Betten sollte innerhalb des Raumes variabel sein. Auch sollte die Anordnung, die Zugänglichkeit und die Lage der Sanitärräume so angeboten werden, dass auch hierdurch das Bedürfnis und die Anforderung nach größtmöglicher Privatheit abgedeckt und erreicht wird. Gemeinschaftsbildung im Sinne von Kommunikation und Aktivitäten müssen durch die architektonische Konzeption ermöglicht werden. D.h., die geforderte Gruppenbildung, die ablesbar wird durch den unmittelbar zugeordneten Gruppenwohnraum, sollte durch verstärkte Selbsthilfe zum wesentlichen Teil einen Beitrag zu der angestrebten Rehabilitation liefern. Nach Möglichkeit sollten diese

Gruppenwohnräume z.B. in Form einer Flurerweiterung geschaffen werden, die nur bedingt gleichzeitig der Erschließung dienen darf.

Ungeachtet der Notwendigkeit gewisser Trainingssituationen, wie sie den Menschen außerhalb der Institution ständig begegnen, ist darauf zu achten, dass die Behinderung der in der Institution lebenden Menschen nicht zu einem täglichen Handicap in den verbliebenen Lebensvollzügen wird. Lange Distanzen verhindern die Möglichkeit kommunikativer Situationen, verstärken die Abhängigkeit und das Angewiesensein auf Helfer. Eine Einschränkung der Mobilität bedeutet nicht immer, dass z.B. der alte Mensch auf den Rollstuhl angewiesen ist, viele bewegen sich oft mühsam mit Gehilfen oder mit Hilfe gesunder Personen. Distanzen dürfen somit nicht die Nutzung des gewählten Verweilortes oder die Wahl der Gesprächspartner unmöglich machen.

Zusammenfassend wäre hier zu sagen, dass die Institution oft als letzter "Lebensraum" älterer Menschen in besonderer Weise ohne bauliche Barrieren konstruiert sein muss und die verbleibende geistige und körperliche Mobilität der Menschen fördern soll.

5. ALLGEMEINES ZU RAUMFUNKTIONEN

Ein **Eingang** ist unabhängig vom Zugang der Rehaklinik für den gesamten Wohn-/Pflegebereich einschließlich des Moseltraktes vorgesehen. Von hier aus werden ebenfalls die Bereiche Kurzzeitpflege und Tagesbetreuung erschlossen.

Dieser **Eingang** bildet den zentralen Teil des Neubaus, vom Innenhof St. Irminen aus zugänglich. Fahrzeuge für Behindertentransporte sollten ausschließlich den Bereich der Klinik anfahren. Eine interne Verbindung zur Wohn-/Pflegeeinrichtung ist vom Klinikgebäude aus möglich.

Der **Eingangsbereich** ist gleich wie der der Rehaklinik behindertengerecht über Windfänge erschlossen. In diesem neutralen Bereich sollten die Voraussetzungen für eine möglichst intensive Kommunikation der Bewohner untereinander und externer Besucher gefördert werden, evtl. unmittelbar am Eingang sollte eine Cafeteria sein. Eine räumliche Trennung von Eingangshalle und Cafeteria ist nicht unbedingt erforderlich. In unmittelbarer Nähe der **Cafeteria** sollten sich WC-Anlagen befinden (ein WC für Rollstuhlfahrer). In einem separaten kleinen zusätzlichen Laden werden Artikel des täglichen Bedarfs für die Bewohner des Hauses und der Klinik zum Einkaufen angeboten.

Das **Informationsbüro** bzw. die **Pforte** sollte in direkter Anordnung zur Hausverwaltung bzw. zum Heimleiterbüro geplant werden.

Zwei abgeschlossene, behindertengerechte **Telefonzellen** sind im Bereich des Zuganges vorzusehen. Die Büros der **Verwaltung** sind im Programm der Rehaklinik aufgeführt und werden für den gesamten Bereich gemeinsam genutzt. Einige Büros und ein weiteres **Besprechungszimmer** sind im Wohn-/Pflegebereich anzubieten und stehen auch den Bewohnern des Hauses zur Verfügung. Hiermit wird ein Raum angeboten für Gespräche des Heimbeirates, Gespräche mit Seelsorgern, Sozialarbeitern und Angehörigen.

Ein **Speisesaal** mit **Speisenausgabe** sollte in unmittelbarer Nähe der Küche liegen (wünschenswert gleiche Ebene), die eventuell organisatorisch der Cafeteria zugeordnet ist. Dieser Raum wird auch als zentraler Gemeinschaftsbereich für andere Aktivitäten nutzbar:

- wie stationärer Mittagstisch - ein Angebot für ältere Menschen, die in der näheren Umgebung leben, wie für Gäste des Hauses,
- für größere Feiern und Veranstaltungen
- und Personalesen etc.

Eine möglichst multifunktionale Nutzung dieses Raumes wäre zu erreichen, indem Teile der Eingangszone und gegebenenfalls der Cafeteria zugeschaltet werden können. Des Weiteren wäre eine Öffnung nach außen zu einer vorgelagerten **Terrasse** wünschenswert. Ein Stuhl- und Tischlager in unmittelbarer Nähe zu einem größeren Aufzug sollte vorgesehen werden. Der Speisesaal ist als Teil des Kommunikationszentrums zu verstehen. Neben seiner Hauptbedeutung, dem gesamten Haus primär als Restaurant zu dienen, ist festzustellen, dass neben diesem Bereich der Speiserversorgung nach Wunsch des Bewohners das Essen ebenso im Zimmer wie im Gruppenraum eingenommen werden kann. Für das Personal der Wohn-/Pflegebereiche und des Klinikbereiches wird ein gemeinsames **Personalcasino** vorgesehen. Diese Raumbereiche sollen den in den Abteilungen tätigen Pflegekräften ein räumliches Entfernen von den Arbeitsbereichen während der Pausen ermöglichen. Denkbar wäre, diesen Aufenthaltsbereichen die notwendigen Sanitär- und Umkleieräume zuzuordnen. Eine Lage im Untergeschoß ist gegebenenfalls möglich. Zur Einnahme der

Hauptmahlzeiten soll der der Zentralküche zugeordnete Restaurantbereich aufgesucht werden.

Diese vorgenannten Raumgruppen befinden sich in neutraler Lage, d.h. außerhalb der Arbeitsbereiche. Eine besonders wohnliche Gestaltung und Ausstattung sowie ein attraktives Versorgungsangebot sollen die Annahme dieser Pausen- und Aufenthaltszonen unterstützen.

Die vorgesehenen 90 Wohn-/Pflegeplätze des Neubaus Quertrakt St. Irminen gliedern sich in 3 Pflegeabteilungen. Es ist zwingend, die jeweiligen Abteilungen auf einer Ebene zu organisieren. Die organisatorisch autarken Abteilungen unterteilen sich jeweils in 3 Pflegewohngruppen. Die notwendigen abteilungsbezogenen Funktionsräume werden zentral auf den Ebenen der Abteilungen angeordnet.

Die im EG vorzusehenden 10 **Kurzzeitbetreuungs- und Pflegeplätze** sind organisatorisch an eine Abteilung angebunden. Der Bereich Kurzeitaufenthalt erhält bedingt durch die geplante Nähe zu den zentralen Gemeinschaftseinrichtungen keinen eigenen Aufenthaltsbereich, jedoch alle zum Funktionieren dieses Bereiches notwendigen Funktionsräume.

Um dem neuzeitlichen Stand der Konzeption von Pflegeeinrichtungen zu entsprechen, wird jedes Zimmer mit einem behindertenfreundlichen bzw. altengerechten **Sanitärraum** mit einem Waschbecken, WC und Dusche versehen. Die Duschfläche dient als Wendefläche und Zugang zum WC bei einer Nutzung durch Rollstuhlfahrer.

Der Sanitärraum muss Rollstuhlfahrern grundsätzlich zugänglich sein (altengerecht). Insbesondere bei der Ausstattung und Planung der **Bewohnerräume**, die Eigenmöblierung und demzufolge eine eigene Gestaltung voraussetzend, ist auf die u.U. langjährige Verweildauer der Bewohner mit vorübergehender oder auch dauernder Pflegebedürftigkeit Rücksicht zu nehmen.

Es ist eine ausreichend große Fläche, sichtbar ausgezont, als Wohnbereich auszuweisen, d.h. die Räume sollten nach Möglichkeit funktionell in Wohn- und Schlafbereich aufgeteilt werden. Die **Fensteranlage** ist so zu gestalten, dass eine zumindest teilweise verglaste oder transparente Brüstung im Liegen wie im Sitzen einen Ausblick erlaubt. Den **Balkonen** bzw. Loggien im Pflegebereich ist nur eine geringere Bedeutung beizumessen. Fenstertüren und Andeutungen von Balkonen, die einen par-

tiellen Austritt ins Freie ermöglichen, sind jedoch sinnvoll. Balkone vor den Gruppenwohnräumen sind erwünscht, wobei als Bedingung eine Befahrbarkeit für Betten gegeben sein muss. Für jede Pflegeabteilung ist ein **Personalstützpunkt** in zentraler Lage vorzusehen. Durch seine gewählte Lage sollten gleichwertige Entfernungen zu den einzelnen Wohngruppen entstehen. Dieser Raumbereich dient in vollem Umfang dem Personal, in den Untergeschossen bzw. an anderer Stelle werden ergänzende Räume angeboten (Umkleide, WC und Dusche). Es ist nicht vorgesehen, dass im Personalstützpunkt Pausen- und Ruhezeiten verbracht werden. Hierzu ist der vorerwähnte Bereich des Personalcasinos vorgesehen.

Der Raumbereich dient:

- als Büro der Abteilungsleitung, Erledigung von Verwaltungsarbeiten,
- der Aufbewahrung und Vorbereitung von Medikamenten des täglichen Bedarfs,
- der Aufbewahrung von Verbands- und Behandlungsmaterial,
- als Ort für dienstliche Gespräche des Personals, mit Angehörigen, eventuell Stützpunkt des Arztes etc.

Die Raumfolge sollte so geplant sein, dass die Personaleinheit für den Bewohner wahrnehmbar ist, ohne dass der Effekt einer Beobachtungskanzel entsteht. Dem Personalraum wird ein **Personal-WC** zugeordnet.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die eigentliche Speisenproduktion in der Zentralküche erfolgt, kommt den **Verteil- bzw. Abteilungsküchen** des Hauses eine besondere Bedeutung zu. Die Mahlzeiten stellen einen wesentlichen Faktor im Tagesablauf dar. Die Funktionen in diesem Erlebnisbereich dürfen daher nicht vollständig ausgelagert werden, sondern der Bewohner sollte den Bereitstellungsprozeß der Speisen mitverfolgen können und soweit es möglich ist, selbst daran teilhaben. Hinzu kommt, dass für die Bewohner der Altenwohneinrichtung, im Gegensatz zu den Patienten im Krankenhaus, das Heim das Zuhause darstellt und die Mahlzeiten möglichst familiären Charakter haben sollten. Aus diesem Grundgedanken heraus ist die Abteilungs- oder Verteilerküche so anzulegen, dass Getränke, Zwischenmahlzeiten und einzelne Speisenkomponenten hier zubereitet werden können.

Neben Kühlschrank, Herd, Spülbereich mit Maschine, sind ebenso ausreichend große Arbeits- und Stellflächen für Thermophorenwagen, Schränke für Geschirr und Tagesvorräte vorzusehen. Die Anordnung und Gestaltung der Stationsküche muss

diesem Grundgedanken entsprechen. Insbesondere sollte der direkte Bezug zu den Gemeinschafts- und therapeutischen Aktivitäten berücksichtigt werden. Spezielle fachspezifische Aussagen zur gesamten Art und Funktion der Speisenversorgung sind in der gesonderten hauswirtschaftlichen Planung festzulegen.

Je Gruppenraum wird eine Kleinküche als **Bewohnerküche** angeboten. Diese Küchen dienen den eigenen Aktivitäten im Bereich der Gruppe, eventuell auch mit Hilfe der Angehörigen und des Personals. Diese Küchen sollten unmittelbar an den gruppenbezogenen Gemeinschaftsräumen liegen.

Das Zentralbad **je Abteilung** ist auszurüsten mit:

- einer Hubwanne, die von den Längsseiten und der Fußseite der Wanne frei zugänglich ist,
- Waschbecken,
- WC,
- Bidet und
- Dusche.

Das Bad muss mit einem Bett angefahren werden können und darüber hinaus ausreichend Platz für die Arbeit des Personals und den Einsatz von Liftern bieten. Bei der Gestaltung und Anordnung ist zu berücksichtigen, dass das Baden nicht nur ein funktionaler Vorgang ist, sondern auch "Spaß" machen soll.

Der Pflegearbeitsraum dient den unreinen Pflegearbeiten (wie z.B. Entleeren und Spülen von Steckbecken und Urinflaschen, ggf. Vorwaschen stark verschmutzter Wäsche usw.), u.U. als kurzzeitiger Lagerraum und Stellplatz für Schmutzwäschewagen und kurzzeitige Aufbewahrung von Müll. Im zentralen Bereich ist ein Pflegearbeitsraum vorzusehen. Zur Verkürzung der Wege sind zusätzliche Ausgußräume einzuplanen.

Ein Wäscheraum dient dem Wäschevorrat und der Bevorratung von Pflegehilfsmitteln auf der Abteilungsebene. Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass die Bewohner zum größten Teil ihre Wäsche in den Vorräumen zu ihren Wohnräumen aufbewahren.

Je Abteilung ist ein **Putzraum** vorzusehen, eventuell wäre eine Kombination mit einem Ausgußraum bzw. einem Abstellraum denkbar.

Tragen, Rollstühle, Gehwagen, Krankenstühle etc., gegebenenfalls auch Wäsche- und Hilfsmittel sind in den zentralen **Abstellräumen** unterzubringen.

Jeder Betreuungsgruppe wird ein **Aufenthaltsbereich** zugeordnet. Er dient den alltäglichen Wohnbedürfnissen der Gruppen. Der Gruppenraum sollte zentral zur Wohngruppe angeordnet sein, wobei alle Wohnungen neutral, d.h. ohne Passieren des Gruppenwohnraumes, erreichbar sein müssen. Über neutrale Verkehrsflächen erschlossen wäre ein offener Raum zum Flur denkbar.

Eine zusätzliche Fläche sollte für die Installation der Kleinküche vorgesehen werden. Den Gruppenräumen vorgelagert werden sollte eventuell eine windgeschützte **Gemeinschaftsterrasse**, die auch mit Betten befahrbar ist.

Die **Tagesbetreuung** für psychisch hilfsbedürftige Bewohner des Hauses und der benachbarten Umgebung stellt neben der Möglichkeit einer gezielten Betreuung dieses Personenkreises einen weiteren attraktiven Faktor, zu den so genannten Öffnungsmerkmalen zählend, dar. Die Besucher dieses Bereiches werden über einen Hol- und Bringdienst am Morgen aus ihren Wohnungen im Haus oder außerhalb aus der Obhut ihrer Familien oder Angehörigen abgeholt und am Abend wieder zurückgebracht. Die Tageseinrichtung dient in erster Linie den älteren Menschen, die aufgrund ihrer besonderen Lebenslage auf eine sinnvolle, ihren gesundheitlichen Bedürfnissen angepasste Betreuung angewiesen sind und nicht ohne Probleme in ihrem eigenen Wohnbereich leben können. Die tagsüber angebotene Betreuung und Pflege dieser hilfsbedürftigen Personen beinhaltet je nach Erfordernis eine verstärkte rehabilitative Betreuung. Auch hier sind die rehabilitativen Maßnahmen in aktive und passive zu unterteilen. Der mit der Tagesbetreuung ausgewiesene Bereich sollte nicht in Konkurrenz stehen zu den gezielt therapeutisch-medizinischen Maßnahmen, wie sie in der Tagesklinik angeboten werden, sondern sollte ergänzend das Alltagsleben im Heim positiv unterstreichen. Die Aktivitäten umfassen primär Maßnahmen, die in der Gruppe durchgeführt werden. Räume, in denen die Tagesbetreuung stattfindet, wie im Prinzip alle Räumlichkeiten, in denen rehabilitative Maßnahmen durchgeführt werden, sollten einen einladenden freundlichen Charakter haben, so z.B. ein Raum für Beschäftigungstherapie, der bei entsprechender Gestaltung auch als Stätte der Kommunikation und Unterhaltung zu sehen ist. Die Zuordnung dieses Bereiches zu einem häufig frequentierten Gemeinschaftsbereich sollte angestrebt werden (z.B. Nähe Haupteingang/Café) und von dort partiell einsehbar sein. Grundsätzlich muss die Möglichkeit bestehen, dass alle den Besuchern hier zugänglichen Räume mit Liegen

bzw. Rollstühlen zu befahren sind. Zudem müssen deutliche **Orientierungshilfen**, wie generell in den Häusern, alle Bereiche klar kennzeichnen, wobei unverwechselbare, vielfältige, architektonische Elemente hier wohl als das geeignetste Mittel vor graphischen Hinweisen anzusehen sind. Beratung und Begleitung von Angehörigen gehen von dieser Tagesbetreuung aus, ebenso wie Betreuung und Begleitung von hilfebedürftigen älteren Menschen aus dem umliegenden Stadtgebiet und der Region. Hier ist besonders an jene ältere Menschen gedacht, die allein oder mit ihren berufstätigen Kindern leben, sich aber nicht mehr selbständig versorgen können. Zielsetzung dieser Tagesbetreuung sollte sein, dass der alte Mensch, der betreut außerhalb der Institution der Altenhilfe lebt, länger oder immer in seiner gewohnten und beschützenden Umgebung verbleiben kann. Auch kann sich durch zunehmende Vertrautheit mit der Einrichtung eine Entscheidung zu einem Einzug in das Haus weniger einschneidend auswirken. Die angebotenen therapeutischen Maßnahmen beschränken sich auf gemeinsame sinnvolle Aktivitäten und damit auch verbundenen sozialen Stabilisierungen. Diese hier angebotene fachlich orientierte gerontologische Begleitung grenzt sich durch die Art der Angebote konzeptionell zur Tagesklinik mit medizinischem Schwerpunkt deutlich ab. Es wird von ca. 20 Besuchern pro Tag ausgegangen.

Die **Kurzzeitbetreuungs- und Pflegeplätze** dienen der vorübergehenden Versorgung alter Menschen. Nach wie vor wird der überwiegende Teil älterer Menschen von den Angehörigen zu Hause betreut und gepflegt. Eine Möglichkeit, den oftmals auftretenden außergewöhnlichen Belastungen für einen kurzen Zeitraum zu entgehen, bietet die geplante Kurzzeitpflege. Die vorgesehene Kurzzeitpflegestation bietet für einen Zeitraum von etwa 4 bis 6 Wochen den Pflege- und Betreuungsbedürftigen die Möglichkeit der Pflege und des Wohnens im Heim. Der primäre Grund für die Inanspruchnahme ist u.a., wenn pflegende Angehörige z.B. durch Krankheit nicht in der Lage sind, ihre Aufgaben wahrzunehmen bzw. erholungsbedürftig für einige Wochen ein Ferienangebot wahrnehmen. Ebenso kann diese teilstationäre Versorgung als wichtiges Bindeglied zwischen Krankenhausaufenthalten und der Rückkehr in die eigene Wohnung angesehen werden. Neben dieser, die pflegenden Angehörigen entlastenden Funktion, bietet die Kurzzeitpflegestation eine gerichtete nächtliche Betreuung oder sollte in außergewöhnlichen Krisensituationen auch für Notfälle zur Verfügung stehen. Es besteht die Chance für die Gäste der Kurzzeitpflege, an rehabilitativen Angeboten der Tagesbetreuung und der Tagesklinik während der Zeit des Aufenthaltes teilzunehmen. Dieser letztgenannte Grund macht den räumlichen und organisatorischen Verbund zur Tagesbetreuung und gegebenenfalls zu den übrigen Reha-Einrichtungen erforderlich.

Geplant wird eine Kapazität von 10 Kurzzeitbetreuungs- und Pflegeplätzen als eigenständiger Bereich in personeller und räumlicher Zuordnung zu einer Pflegeabteilung, der Tagesbetreuung, den Therapieeinrichtungen und den zentralen Gemeinschaftseinrichtungen. Es ist nicht vorgesehen, die Kurzzeitpflegeangebote in eingestreuter Form zu planen.

Eine Verfügbarkeit der Reha-Einrichtungen des Klinikbereiches ist Mitvoraussetzung für den Erfolg der aktivierenden Pflege, die in den meisten Fällen nur betrieben werden kann, wenn sie von rehabilitativen Maßnahmen begleitet bzw. ergänzt wird. D.h., ist z.B. ein bettlägeriger Bewohner auf der Station durch die aktivierende Pflege und einfache Funktionsausübungen soweit gebracht worden, dass er einen Rollstuhl benutzen kann, so sollte durch eine gezielte Therapie das Wiedererlangen verlorener Fähigkeiten trainiert werden. Rehabilitative Maßnahmen sind zu unterteilen in aktive und passive, wobei in den hier geplanten Bereichen die Posten alle Tätigkeiten umfassen, die in Gruppen durchgeführt werden (Gymnastik und Ergotherapie).

Eine speziell ausgewiesene Abteilung zur Wohnversorgung psychisch hilfsbedürftiger Personen ist nicht vorgesehen.

Soweit als möglich sollten jedoch die Belange dieses Personenkreises Bestandteil der Planung und Architektur sein. Die allgemein anzutreffenden Krankheitsbilder dieser oft doppelt behinderten Menschen bedingen besondere Anforderungen. Im besonderen Maße sind z.B. Orientierungshilfen durch erwähntes unverwechselbares architektonisches Design zu schaffen. Fünf **Personalappartements** in separater Lage und eine größere **Wohnung** mit separatem Zugang sind vorzusehen.

Der ruhende Kfz-Verkehr ist auf den vorhandenen Parkplätzen konzentriert untergebracht. Dem älteren Menschen werden somit möglichst viele, zusammenhängende freie Flächen ohne Kfz-Kreuzungsverkehr auf dem Gelände angeboten. Ein Stellplatz für 2 Behindertenfahrzeuge der Einrichtung sollte unmittelbar am Gebäude eingeplant sein.

6. STRUKTUR DER GESAMTEINRICHTUNG

Es wird für den stationären Teil von einem größer gleich 80%igen Einpersonenzimmeranteil ausgegangen, d.h. 72 Einpersonenzimmer und 9 Zweipersonenzimmer insgesamt. Der Tagesbetreuungsbereich wird für 20 Besucher täglich ausgelegt.

Die Einrichtung der Rehaklinik gliedert sich in 3 Abteilungen mit je 30 Plätzen. Zehn Kurzzeitpflegeplätze, ausschließlich in Einpersonenzimmern, befinden sich im EG. Die 30 Bewohner je Abteilung bzw. je Ebene der Wohn- Pflegeeinrichtung der stationären Bereiche teilen sich in jeweils baulich 3 ablesbar eingeplante Wohngruppen für je 10 Bewohner auf jeder Abteilungsebene.

Gesamtanteil je Abteilung 3 x 8 Einpersonenzimmer und 3 Zweipersonenzimmer.

Die anteiligen Flächen sind nach einem Verkehrsschlüssel gegliedert, der aus der Relation der Kapazität der Rehaklinik und der Tagesklinik zu den übrigen Kapazitäten der stationären Wohn-/Pflegeversorgung besteht.

7. ZENTRALE FUNKTIONSEINRICHTUNGEN

Im Zusammenhang mit dem Neubau der Rehabilitationsklinik, stationärer und teilstationärer Altenhilfemaßnahmen wird der Neubau angepasster, zentraler Funktionseinrichtungen als notwendige funktionelle Ergänzung errichtet.

7.1 ALLGEMEINES

Die zentralen Funktionseinrichtungen gliedern sich in zwei Bereiche:

1. Küche für ca. 600 Verpflegungsteilnehmer
2. hauseigene, reduzierte Wäscherei für Bewohner und teilweise für Patienten der jeweiligen Bereiche.

Die gesamte Einrichtung wird über eine eigene Küche versorgt. Da von dieser leistungsfähigen zentralen Funktionseinheit ebenfalls andere Einrichtungen des Trägers mitversorgt werden müssen, wird eine Gesamtkapazität von 600 Verpflegungsteilnehmern täglich angenommen. Die unmittelbar zugeordneten Häuser umfassen eine Kapazität von:

- Moseltrakt, ca. 110 Bewohner
- neuer Quertrakt , ca. 90 Bewohner
- Kurzzeitpflege, ca. 10 Gäste
- Gäste der Tageseinrichtung, ca. 20 Gäste
- Rehaklinik, 80 Patienten
- Tagesklinik, ca. 20 Patienten
- stationärer Mittagstisch, etwa 20 Gäste täglich

Gesamtkapazität	ca. 350 Personen
Verpflegungspersonal	ca. 100 Teilnehmer

gesamt	ca. 450 Verpflegungsteilnehmer
--------	--------------------------------

für den Bereich der Rehaklinik und der angeschlossenen Wohn-/Pflegeeinrichtungen.
Eine verbleibende Restkapazität steht zur Versorgung der übrigen Häuser der
Einrichtung zur Verfügung.

Die anteiligen Flächen sind nach einem Verteilerschlüssel gegliedert, der aus der
Relation der Kapazität der Rehaklinik und der Tagesklinik zu den übrigen
Verpflegungsteilnehmern besteht.

Für die Küche:

Faktor 0,2, Klinikbereich = $80 + 20 = 100$ zu 500 VT

Für die Wäscherei:

Faktor 0,38, Klinikbereich = 80 Patienten zu 210 Bewohnern